**Formularul de sesizare**

    *Câmpurile marcate cu \* sunt obligatorii*!
    ● Numele şi prenumele:…………………………………………
    ● Spitalul unde aţi fost internat\*:……………………………………
    ● Secţia unde aţi fost internat\*:……………………………………..

    ● Data internării\* ┌──┐ ┌──┐ ┌────┐
                          │ │DD/│ │MM/│ │YYYY
                          └──┘ └──┘ └────┘

    ● Data externării\* ┌──┐ ┌──┐ ┌────┐
                          │ │DD/│ │MM/│ │YYYY
                          └──┘ └──┘ └────┘

    ● Sesizarea dumneavoastră vizează\*:
      [] Încălcări ale drepturilor pacientului
      [] Condiţionarea serviciilor medicale
      [] Abuzuri săvârşite asupra personalului medico-sanitar
      [] Alte aspecte

    ● Categorii de personal implicate\*:
      [] Medici
      [] Asistente medicale/Asistenţi medicali
      [] Infirmiere
      [] Brancardieri
      [] Portari
      [] Personal administrativ
      [] Conducerea unităţii sanitare
      [] Niciuna dintre variante

    ● Vă rugăm să detaliaţi sesizarea dumneavoastră (maximum o jumătate de
      pagină):

    ● Aţi mai sesizat această problemă şi către alte instituţii/organisme?
      [] Nu
      [] Da Dacă Da, către ce instituţie ? ……………………………………
    ● Sesizarea dumneavoastră va primi un răspuns în cel mai scurt timp posibil.
      În acest scop, vă rugăm să ne precizaţi care este modalitatea prin care
      doriţi să fiţi contactat(ă):\*
      [] Telefonic Numărul de telefon ………………..
                                                                            [] Prin email E-mail ……………………………….
      [] Prin poştă Adresa ………………………………….